

FOLLETO

Manual básico para el tratamiento de las urgencias psiquiátricas en la comunidad.

Basic manual for the treatment of psychiatric emergency in the community.

Dra. Iris Rodríguez Sánchez¹, Dra. Deisy Santana Castellón², Dra. Leni Cañedo Santana², Dr. Juan Rafael Cordero Jiménez³.

¹Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Psiquiatría. Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, ²Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Psiquiatría. Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, ³Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesor Instructor de Psiquiatría. Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, el Sistema de Salud desde hace varias décadas muestra notables avances científico- técnicos; esta situación abarca todas las ramas de la ciencia y se ha generalizado a las diferentes regiones. En este empeño es necesario aún una mayor cobertura para lograr que los adelantos alcancen con mayor intensidad los problemas relacionados con la salud mental del individuo y la comunidad.

El grado de satisfacción o de realización que la población tenga en esta esfera es decisivo para lograr índices socioeconómicos deseados y en correspondencia con las aspiraciones de bienestar y justeza que correspondan a los principios de una nación que vea en sus miembros el destino final de cada pequeño y gran esfuerzo.

Si tomamos en cuenta que en el proceso salud – enfermedad, los aspectos psicológicos y sociales son inseparables de los biológicos y que nunca podremos considerar sano a un ser humano cuyos procesos psicológicos estén afectados, nos podemos percatar o hacer un sano juicio de cuan importante es priorizar los aspectos antes mencionados para poder lograr que justifiquen esos anhelos de convertir a nuestra población en una sociedad saludable.

La psiquiatría, cuyo objeto de estudio es precisamente el logro de esos objetivos y que se fundamenta en el hombre y la mujer como complejo biopsico - social tiene la responsabilidad de encaminar sus esfuerzos a hacer realidad esas pretensiones.

Es nuestro fin restablecer en lo posible al individuo que

haya perdido ese equilibrio y aun más luchar por que sea respetado o considerado por el resto de la comunidad.

En el presente texto nos proponemos aportar, desde nuestra posición, elementos que permitan un mejor manejo del paciente con una urgencia psiquiátrica, conociendo previamente que existen condiciones particulares (asistenciales y de recursos) para poder trabajar inicialmente y en muchos casos continuar el seguimiento de pacientes en su medio, siempre con la visión integradora que se requiere para ello. La muy manida concepción de " en equipo" o "multidisciplinaria" aquí cobra un verdadero sentido y solo así será posible que los objetivos de este manual se cumplan. El mismo está dirigido a los profesionales y técnicos de la salud que prestan su servicio en la atención primaria y abordará aspectos relacionados con terapéutica, psicofármaco lógica y otros como formas de manejo o intervenciones del personal capacitado sobre la familia y su entorno.

CAPÍTULO I

Introducción

En este capítulo ofreceremos los conceptos actualizados y prácticos que permiten reconocer claramente, frente a una crisis o urgencia psiquiátrica, cuando puede ser abordada en la comunidad, así como relacionar cuales son las más frecuentes.

Se expondrá el concepto de cada una de las entidades que constituyen una urgencia psiquiátrica. Al final del capítulo expondremos algunas consideraciones generales

Recibido: 22 de septiembre de 2003

Aprobado: 15 de noviembre de 2003

Correspondencia:

Dra. Iris Rodríguez Sánchez

de lo más importante del mismo que facilitan la comprensión y sintetizan los elementos más relevantes. Trataremos de exponer de forma sintética la clasificación internacional actual de las afecciones que constituyen una urgencia y que el especialista debe conocer antes de proceder a la terapéutica.

Urgencia psiquiátrica: Modernamente llamada emergencia psiquiátrica, es la perturbación del pensamiento, de los sentimientos o de las acciones que requiere un tratamiento adecuado e inmediato, por lo cual se debe tener en cuenta para su manejo efectivo. Un buen conocimiento de las diferentes categorías diagnósticas, flexibilidad para adaptarse a la situación y conocimientos específicos psico-farmacológicos y en este caso tratándose del nivel primario caracterizar la individualidad familiar y social. Recordar que existen algunas de estas entidades que por sus características requieren una intervención a nivel institucional (ver programa de atención de urgencia psiquiátrica comunitaria).

Principales entidades que serán consideradas emergencias psiquiátricas de manejo comunitario.

Trastorno de pánico.

Concepto: La manifestación esencial son ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico) que no se limita a ninguna situación particular o a una serie de circunstancias y que son por lo tanto impredecibles.

Criterios diagnósticos:

A. La manifestación esencial son ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico) que no se limita a ninguna situación particular o a una serie de circunstancias y que son por lo tanto son impredecibles. No guarda relación con el ejercicio.

B. Se caracteriza por:

- Episodio de intenso miedo.
- Inicio abrupto.
- Intensidad máxima en pocos minutos y dura algunos minutos.

Se manifiestan al menos cuatro síntomas dentro de los cuales debe aparecer al menos uno perteneciente al grupo de síntomas autonómicos.

Grupo de síntomas autonómicos:

- palpitaciones o ritmo cardíaco alterado.
- sudoración.
- temblores.
- sequedad en la boca.

Síntomas relacionados con el tórax o abdomen

- dificultad para respirar.
- sensación de ahogo.
- dolor o malestar en el pecho.
- náuseas o malestar abdominal.

Síntomas relacionados con el estado mental

- mareos, inestabilidad o desvanecimiento.

- desrealización y despersonalización.
- miedo a perder el control, a volverse loco.
- miedo a morir.

Síntomas generales

- sofoco de calor o escalofríos
- aturdimiento o sensación de hormigueo

C. No se deben a enfermedades orgánicas ni trastornos mentales orgánicos.

Conociendo que ante toda inestabilidad siempre es posible realizar una acción psicoterapéutica todas las acciones que desarrollemos sobre dicho trastorno tienen como fin disminuir el sufrimiento de los pacientes o prevenir complicaciones y dificultades mayores.

Episodio psicótico agudo: (agitación psicomotriz).

Concepto: Síndrome que puede ser ocasionado por múltiples trastornos más que un diagnóstico en sí mismo, incluidos los de causa orgánica que deben ser descartadas siempre en estos casos.

Dentro de las enfermedades psiquiátricas en que podemos ver este cuadro encontramos:

- La esquizofrenia.
- Los trastornos delirantes del humor o afectivos.
- Los trastornos delirantes tales como, trastornos esquizofreniforme, trastornos psicóticos breves y delirantes en general.
- La crisis de pánico
- El trastorno conversivo.
- Desórdenes de personalidad agravados por otro tipo de trastorno (abuso de sustancias, por ejemplo el alcohol).

Clinicamente, además de la agitación psicomotora, aparecen signos y síntomas en dependencia de la afección que ocasionó el episodio. El conjunto de síntomas puede avanzar rápidamente o demorar hasta semanas para su desarrollo.

Es preciso para ellos la orientación diagnóstica para determinar el tratamiento adecuado. Es importante para esto tomar en consideración, además de las manifestaciones clínicas la edad, forma de comienzo, otros síntomas asociados (especialmente clínicos y neurológicos, que nos hacen pensar en la posibilidad de un trastorno orgánico como responsable del cuadro) antecedentes de episodios similares, los antecedentes familiares, así como los hábitos del paciente incluida la posible ingestión de drogas u otros medicamentos.

Si el paciente no coopera será necesario el interrogatorio minucioso al familiar, pues las características del entorno familiar, laboral u otras nos pueden orientar o tener relación con la crisis actual.

La entrevista se debe realizar en un medio adecuado, como en todos los casos en nuestra especialidad en general se conoce que el paciente acepta mejor la comunicación o la intervención en " medio propio" que "ajeno".

Para el inicio del tratamiento deben tomarse otras precauciones, ciertos manejos o conductas siempre relacionados con el individuo o la particularidad de cada quién y considerando la sintomatología y cómo esta mueve la conducta; por ejemplo dejar puertas abiertas si los delirios son de persecución (en caso necesario), pero en otros casos es inevitable la fijación. pero otros la sensación de encierro si es inevitable la contención física (fijación). Los encargados deben ser los suficientes y organizados para evitar daños físicos tanto para el paciente , como para el entorno.

La actitud del psiquiatra o médico debe ser respetuosa, sin juzgar, intentando construir una alianza útil, voluntad de ayuda y decirlo verbalmente, considerando el grado de comprensión del paciente, o sea comunicándole lo que sabemos que entenderá.

Por ser los episodios psicótico agudos parte de muchos trastornos psiquiátricos (en particular la excitación psicomotriz) no consideramos sea necesario abordar la clasificación y criterios diagnósticos de cada uno de ellos pues sería muy extenso y no es el objetivo fundamental. Los elementos más prácticos y que facilitan el manejo ya han sido expuestos.

Para la clasificación y criterios se recomienda la consulta del CIE – 10

Efectos extrapiramidales

Concepto: Reacción colateral adversa; a pesar de que los distintos tipos de agentes o medicamentos antipsicóticos difieren en su proporción causando tales reacciones, todos pueden producirlas. En nuestro medio es bien conocida la alta frecuencia con que la ocasionan drogas tales como el haloperidol administrado vía oral y aun mayor si utilizamos la vía intramuscular.

Es importante saber el manejo de esta situación pues actualmente el tratamiento de la emergencia se aborda a nivel comunitario.

Es necesario conocer que existen dos amplias categorías: efectos agudos y crónicos. Lógicamente nosotros abordaremos los agudos, pues los crónicos no constituyen urgencias.

Los efectos extrapiramidales agudos son los síntomas y signos que aparecen en los primeros días o semanas de iniciar la administración.

Factores predisponentes de los síntomas extrapiramidales:

- Tipo de fármaco.
- Dosificación.
- Tiempo de administración.
- Sensibilización al neuroléptico.
- Susceptibilidad individual.
- Factores genéticos.
- Diferencias bioquímicas.
- Variaciones de absorción y metabolismo.
- Edad.

- Sexo.
- Disfunción cerebral.
- Enfermedades intercurrentes. Ejemplo: hipotiroidismo e hipocalcemia.

A continuación se describen los síntomas y signos que más comúnmente observamos en nuestro medio:

- Temblores.
- Rigidez.
- Bradiquinesia.
- Aquinesia.

Estos síntomas están relacionados frecuentemente con la dosis del psicofármaco.

Haremos alusión a los dos últimos, que son términos conocidos por médicos no psiquiatras.

1. La bradiquinesia o aquinesia está relacionada con el movimiento del paciente en menor o mayor grado, el paciente se mueve lentamente, indiferente a los estímulos, en los casos severos puede aparecer la catatimia.

2. Distonía: la distonía aguda se caracteriza por la contracción espástica de grupos musculares discretos. Está relacionada con algunos factores de riesgo que incluyen edad joven, sexo masculino, uso de agentes de alta potencia, dosis diaria y administración intramuscular. Aparecen después de las primeras dosis de iniciado el tratamiento, más frecuentemente entre los primeros tres días. Se pueden presentar en distintos lugares del cuerpo, cuello, ojos y torso, de aquí que se utilicen términos como torticolis, laringoespasmos, crisis oculógiras y opistótomo; son de aparición repentina y dramática y causan gran distres al paciente.

3. Acaticia: se caracteriza por una inquietud somática manifiesta, subjetiva y objetivamente aparecen menos frecuentes que el resto de los trastornos extrapiramidales. Los pacientes se quejan de una sensación interna de inquietud y una necesidad irresistible de mover diversas partes del cuerpo, se muestra como un incremento de la actividad motora, el paciente camina a paso rápido y es incapaz de quedarse quieto; es extremadamente molesto para el paciente. Es una causa frecuente de abandono del tratamiento.

4. Síndrome neuroléptico maligno: Se caracteriza por una triada compuesta de rigidez, hipertonia e inestabilidad autonómica incluyendo hipertensión arterial y taquicardia. Esta condición puede tener un inicio repentino y no predecible, con una alta probabilidad de desenlace fatal, es de aparición rara. Habitualmente aparece temprano o en la primera semana de iniciado el tratamiento o de incrementar la dosis. Se describen en la literatura los siguientes factores de riesgo: edad joven, género masculino, discapacidad neurológica persistente, enfermedad física, deshidratación, rápido incremento de la dosis, uso de medicamentos de alta potencia y la utilización de la vía intramuscular.

Crisis de ansiedad

Concepto: Grupo de enfermedades caracterizadas por ansiedad, preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro significativo de la actividad del individuo.

Son muy frecuentes en el contexto de la atención primaria. La crisis de ansiedad puede ir acompañada de síntomas físicos incluyendo los autonómicos, circulatorios, gastrointestinales, músculo-esqueléticos, respiratorios y neurológicos sin alcanzar la gravedad del ataque de pánico; aparecen en el curso de diversas enfermedades psiquiátricas y desencadenadas o precedidas de situaciones estresantes u otras circunstancias desfavorables para el paciente.

1. Se puede ver en trastornos físicos como la hipoxia.
2. Reacciones psicológicas normales ante una enfermedad o situación estresante.
3. Uso o abstinencia de alcohol, medicamento o droga.
4. Trastorno de ansiedad.
5. Otros trastornos psiquiátricos que presentan, entre otros síntomas, la ansiedad, ejemplo en la depresión y la esquizofrenia.

Es necesario que ante un paciente con crisis de ansiedad se consideren las posibles causas orgánicas y farmacológicas del síntoma, principalmente las cardiorrespiratorias.

En la emergencia, ante la presencia de la crisis de angustia es importante favorecer la disminución rápida del nivel de ansiedad y darle seguimiento al paciente sin ser contraproducente; nunca se le debe decir " todo está bien" " no pasa nada", porque por un lado esto no es cierto y por otro el paciente puede interpretarlo como una falta de asistencia, lo que aumentaría la ansiedad.

Formas clínicas.

- Amnesia disociativa.
- Fuga disociativa.
- Trastorno disociativo de la motilidad y la sensibilidad.
- Trastorno de tener y de posesión.
- Trastorno disociativo de la motilidad.
- Convenciones disociativas.
- Anestias y pérdidas sensoriales disociativas.
- Trastornos disociativos (de conversión mixta).
- Otros trastornos disociativos (de convención).
- Síndrome de Gansar.
- Trastorno de personalidad múltiple.
- Trastorno disociativo (conversión) en la infancia y adolescencia.
- Otros trastornos disociativos (conversión) específico.

Dentro de todas estas formas clínicas las más frecuentes son las amnesias disociativas cuya característica principal es la pérdida de la memoria, a menudo de acontecimientos recientes.

El estupor disociativo se caracteriza por una profunda disminución o ausencia de los movimientos voluntarios y una respuesta normal a los estímulos externos.

En los trastornos de la motilidad y la sensibilidad, el concepto que tenga el paciente de la enfermedad física es importante y puede no coincidir con los principios anatómicos y fisiológicos.

El trastorno disociativo de la motilidad es la pérdida de la capacidad de movimiento de la totalidad o parte de un miembro, el que tiene un muy cercano parecido a cualquier variedad de ataxia, apraxia, amnesia, afonía, disartria parálisis, etc.

Ejemplos: afonía psicógena y disfonía psicógena.

Disfonía psicógena: anestias y pérdidas sensoriales disociativas, que se presentan como anestesia de la piel, que guarda relación con las ideas que el paciente tiene de las funciones corporales y no con los conocimientos médicos.

Son raras las pérdidas completas de visión o de audición, ejemplo: sordera psicógena.

Los últimos tres trastornos son los comúnmente vistos en nuestro medio y como se puede observar es preciso siempre tener en cuenta la posibilidad de enfermedad médica y ser evidentes los acontecimientos estresantes, problemas o necesidades que son los criterios para el diagnóstico positivo.

Conductas, riesgos e intentos suicidas

Existen varios enigmas grandiosos en la vida humana, el suicidio es uno de ellos. Como acto agresivo aislado, suicidarse es un comportamiento humano común y complejo. En este acto autodestructivo pueden manifestarse muchos factores motivacionales determinantes.

Tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre variando de acuerdo a la cultura y estructura socio-económica. En el mundo es una de las principales causas de muerte en la adolescencia, adultez joven y la senescencia. Los intentos suicidas suelen ser más frecuentes entre las mujeres, mientras que los suicidios consumados son más habituales en los hombres.

Estos datos, más allá de su valor estadístico y descriptivo, deben ser considerados en el marco de la actividad asistencial y preventiva. El suicidio no solo termina con la propia vida del sujeto, sino que deja secuelas psíquicas en familiares y amigos de la víctima.

En nuestros medios, en los últimos años ha existido un incremento de los intentos suicidas, lo que motivó un nuevo programa nacional en la atención de la conducta suicida, que debe ser considerado en el manejo de este tipo de paciente y cumplir lo establecido por el mismo.

Por nuestra parte haremos algunas reflexiones con relación al problema, basados de forma particular en la problemática en nuestro medio y teniendo en cuenta la referencia acumulada.

La evaluación del riesgo suicida en un individuo es muy

importante y difícil.

Existen diferentes líneas investigativas que se han emprendido a fin de encontrar factores predictivos del riesgo suicida que van desde factores psicológicos a sociales (incluyendo amigos y familiares).

A continuación describiremos algunos aspectos de estos factores.

Factores psicológicos: En toda ideación suicida existe la ausencia de conciencia de finitud de la vida humana que se expresa de diferentes modos, también existen fantasías conscientes e inconscientes como vergüenza, sacrificio, recuperar el objeto perdido, etc. Aparecen sentimientos y/o manifestaciones de rabia, miedo, abandono o angustia. En ocasiones un intento suicida es un extremo a través del cual el paciente pretende modificar su situación.

Estos hechos aparentemente poco serios que se presentan con pacientes histéricos expresan una seria perturbación psicopatológica que implica un período latente; es bien conocido que los suicidios tienen intentos, autoeliminación fallida o consultas de emergencia. La necesidad de utilizar la propia muerte para expresar los sentimientos antes mencionados denota serias dificultades para recurrir a mecanismos menos riesgosos para comunicarse y enfrentar las propias emociones y circunstancias vitales.

Factores biológicos: Los avances científico-técnicos de la época han permitido desarrollar múltiples investigaciones microbiológicas a fin de descubrir posibles factores en relación con la conducta suicida. Estos estudios han permitido identificar, en varios aspectos descritos, elementos orientadores o útiles para ello que en un futuro podrán ser utilizados. En esta línea, el sistema serotoninérgico es uno de los más estudiados, descubriendo que en estos pacientes existe una disminución de los niveles de serotonina. El desequilibrio de este sistema es el centro de la investigación en el campo de la etiología del suicidio, aunque existen otros sistemas en estudio como el hipotálamohipofesario adrenal, dopaminérgico y noradrenérgicos.

Consideramos prudente tener en cuenta la acción deshimbitoria de los antidepresivos en el tratamiento de un paciente con ideación suicida muy especialmente si lo usa de manera ambulatoria.

Factores genéticos familiares: Es muy frecuente la presencia de antecedentes de familiares con intento suicida o actos suicidas en generaciones precedentes, este hecho debe ser considerado como un factor que incrementa el riesgo. En pacientes con conductas adictivas es más frecuente la aparición de actuaciones suicidas en conflictos interpersonales y familiares que en pacientes depresivos.

Factores culturales y sociales: Es importante considerar ciertos elementos que rodean al individuo, con fines de prevención o evaluación. Es conocida la

existencia de tres tipos de suicidio.

1. **Altruista:** las costumbres o reglas del grupo o de la comunidad " exigen" el suicidio de una persona ante una situación deshonrosa (harakiri).
2. **Egoísta :** el individuo tiene poco lazos con la comunidad donde vive, ejemplo; persona sola, sin familia, sin grupo social.
3. **Anónimo:** el lazo de una persona con su grupo o sociedad se rompe o se deteriora repentinamente. Es más frecuente en individuos predispuestos. Es necesario tener en cuenta que en la población urbana es más frecuente la conducta autodestructiva que en la rural.

Evaluación del paciente potencialmente suicida.

Son disímiles las situaciones en que el profesional se enfrenta a un paciente con riesgo suicida aunque no existan parámetros o predictores seguros que garanticen la ausencia o presencia de alto riesgo suicida. Los factores mencionados anteriormente configuran una serie de elementos útiles para el diagnóstico de situación y orientación terapéutica.

Es necesario considerar que es un mito pensar que aquel que amenaza con suicidarse no lo hace, las amenazas deben ser evaluadas cuidadosamente. Ante pacientes deprimidos y desesperanzados es necesario preguntarles si tienen ideas o fantasías suicidas y, si están presentes, averiguar en qué consisten y cuáles son. Diferenciar si son deseos de muerte, fantasías o intenciones suicidas, si ha comenzado a elaborar un plan o si ya ha elegido un método.

A pacientes que han estado deprimidos y súbitamente mejoran, es necesario preguntarles por sus ideas de muerte. En ocasiones esta mejoría aparente se corresponde con la posición de autoeliminarse. Preguntarle al paciente y conversar del tema no representa un riesgo mayor, al contrario, al conversarlo con un profesional siente alivio y disminuye la angustia al sentirse escuchado, comprendido y no juzgado, pues este momento puede ser al inicio del tratamiento a su sensación de imposibilidad de salida, de deteriorada situación.

Objetivo de la entrevista para conversar sobre el estado del paciente.

1. Conocer su grado de perturbación, o sea, su nivel y tipo de angustia, la capacidad o no de tolerarla, si está agitado o tranquilo, su posibilidad de control de impulsos, si presenta alucinaciones, delirios o algún otro trastorno psiquiátrico.
2. Valorar la capacidad del paciente de eliminarse (letalidad) es decir la posibilidad que tiene realmente de matarse. Si hay ideación suicida e investigar profundamente sus características. Indagar si ha elaborado un plan para eliminarse. Determinar cuáles son sus fantasías con respecto a su propia muerte y si ya eligió el método.

En realidad lo que mata a un paciente es un alto grado

de letalidad, pero se debe tener muy en cuenta el grado de perturbación. Un paciente esquizofrénico puede estar seriamente perturbado pero sin alto riesgo suicida. Sin embargo un paciente neurótico deprimido decidido a matarse no manifiesta un grado importante de perturbación, pero tiene un elevado riesgo suicida, la combinación de ambos factores es la más peligrosa.

Es importante investigar las características habituales del paciente como son:

estilo de vida, abuso de sustancias, alcoholismo, descuido personal, incumplimiento de los tratamientos médicos (enfermedades crónicas no transmisibles). Todo esto nos permite aproximarnos a la evaluación en cuanto a si esa persona en una situación crítica puede convertirse en su propio enemigo. Se indagará además sobre los antecedentes psiquiátricos personales y familiares.

En nuestro medio son más comunes:

- La depresión de toda naturaleza.
- El alcoholismo.
- La psicosis.
- En pacientes con enfermedades crónicas.

Entre los factores de riesgo sociales también se deben tomar en cuenta:

Los individuos sin lazos afectivos. Un sentimiento de fracaso en el rol social puede convertirse en factor de riesgo.

En la evaluación de quien sobrevive a un intento suicida es fundamental indagar sobre la intencionalidad (mantiene las ideas, las oculta o tiene un nuevo plan).

La literatura describe algunos aspectos que deben considerarse como prodrómicos de suicidio: aun cuando la persona no manifiesta su intención suicida, ejemplo:

- Cambios conductuales, aparentemente inexplicables (modificación de hábitos alimentarios, sexuales, abandono de hábitos, costumbres y bienes que fueron importantes para el paciente).

Una vez realizada la evaluación clínica y situacional del paciente se considerará su entorno familiar y social.

En nuestra experiencia de los últimos años hemos observado que en nuestro medio existen algunos factores que deben tomarse en consideración por el psiquiatra comunitario en la prevención de la conducta suicida y que son los siguientes:

1. Conflictos de parejas.
2. Dependencia alcohólica.
3. Conflictos familiares, fundamentalmente en adolescentes.
4. Adulto mayor con sentimiento de soledad.
5. Psicosis.

El predominio de cualquiera de estas variables está representado por el sexo femenino, excepto el alcoholismo. Hemos observado además que estas conductas son favorecidas por inadecuados medios

familiares, personas sin vínculo laboral, modo de vida no acorde con la sociedad.

En síntesis los aspectos epidemiológicos, psicológicos, familiares, demográficos, culturales y sociales tenemos que considerarlos para evaluar el riesgo suicida de un paciente y también para tomar las medidas terapéuticas y preventivas familiares.

**Cuadro N° I
ERRORES Y MITOS POPULARES DEL SUICIDIO**

Interrogar al paciente suicida produce conducción al acto	Falso: la indagación produce sensación de confiabilidad y validez terapéutica.
El biotipo suicida clásico no da indicio	Falso: el 40 % consulta el médico, el 80 % comenta la idea a personas significativas.
Confiar en la familia como continente para los impulsos	Error: La familia no siempre puede contener el impulso
La niñez, adolescencia: grupos etéreos de bajo riesgo	Falso
Los pacientes con trastornos disociativos (histerias) no se matan	Falso: un por ciento de suicidio se corresponde con el trastorno disociativo. "La causa de la muerte se debió a un error en el cálculo histriónico"
La depresión en la adolescencia es generalmente benigna, bajo riesgo.	Falso: La OMS reporta incremento del suicidio en adolescentes.

En los momentos actuales se está tomando en consideración el conocimiento por parte de nuestros profesionales de la salud sobre el **consentimiento informado**.

Nosotros ofrecemos la definición como conocimiento general y para tenerlo en cuenta a la hora de la información que daremos a los familiares en cuanto al tratamiento.

Definición :

Consentimiento informado: Es una declaración de voluntad de un paciente, que va a ser sometido a un tratamiento que se le propone como medicamento aconsejable, luego de haber sido adecuadamente informado acerca del mismo y decide su autorización. En nuestra especialidad se puede utilizar en pacientes de nivel neurótico con capacidad de decisión, a familiares de pacientes psicóticos y a algunos pacientes psicóticos cuyas capacidades aún lo permitan, dándole una información a su alcance.

CAPÍTULO II

Introducción

En este capítulo se realiza un abordaje desde el punto de vista psicofarmacológico de las principales emergencias psiquiátricas. Se ofrece una panorámica de

algunos aspectos que deben tomarse en consideración para un mejor manejo al paciente y tomando en consideración, que este será a nivel comunitario.

En la fase aguda los objetivos específicos del tratamiento consisten en prevenir las conductas perturbadas, suprimir los síntomas, alcanzar rápido retorno al mejor nivel de funcionamiento, desarrollar una alianza con el paciente y propiciar que en la familia se formulen planes, indicar los tratamientos a corto y largo plazo y conectar al paciente con la apropiada atención de mantenimiento y seguimiento en la comunidad.

Las intervenciones psico- sociales están dirigidas a reducir la sobre estimulación y los eventos vitales estresantes en un ambiente estructurado y previsible. Si el paciente está integrado al núcleo familiar se debe iniciar una relación con esta con fines educativos. Además establecer los vínculos con los grupos de apoyo locales (organizaciones de masa, de gobierno, políticas e institucionales).

En el momento que se decide iniciar el tratamiento se debe considerar que el ambiente sea lo menos destructivo posible que permita mantener la seguridad y realizar un tratamiento efectivo, deben ponderarse y comparar los riesgos y beneficios de los diferentes ámbitos sobre la base de una evolución y la convicción del paciente, la necesidad de tratamientos particulares, funcionamiento de la familia, el apoyo social, las preferencias familiares y los recursos terapéuticos disponibles en la comunidad.

El tratamiento a nivel primario no podrá ser posible en pacientes que puedan representar una seria amenaza de dañarse a sí mismo o a otros, para quienes son incapaces de cuidarse y quienes tienen problemas médicos generales que no pueden tratarse en un medio menos intensivo.

Las expectativas familiares que son un factor inespecífico del tratamiento especialmente en el caso de pacientes psicótico o caso difícil mental, son las más difíciles satisfacer, pues más que de expectativas se trata de exigencias. Es necesario aclarar y definir los límites de la actuación que corresponden a cada uno de los profesionales intervinientes, como también los que corresponden a los familiares. Las expectativas socioculturales varían según las características en que se desenvuelven los pacientes.

Factores específicos del tratamiento.

Los factores específicos más importantes en la administración de psico- fármacos son los que corresponden a la farmacodinamia, a la biodisponibilidad.

Farmacodinamia: relacionados con el efecto que producen los fármacos en los sitios en que actúan.

Farmacocinética: relacionado con los procesos de absorción, distribución y excreción del fármaco. Es decir se trata de establecer la relación existente entre la dosis y el tiempo durante el cual se ejerce la acción del fármaco.

Biodisponibilidad: es la cantidad de droga que puede ser absorbida y llega a la circulación general.

La mayoría de los psicofármacos se absorben pasivamente por disfunción y deben ser liposolubles para facilitarla (menos el litio).

Señalaremos a continuación algunos elementos prácticos que ayudarán a su mejor utilización:

- Las gastritis y úlceras duodenales impiden la normal absorción del psicofármaco.
- En los ancianos, por la disminución de la circulación intestinal y menor metabolización, se producen fenómenos tóxicos si no se reduce la dosis.
- Psicofármacos como clordiazepóxido y el diazepam se absorben mejor por la vía gastrointestinal, que la vía intramuscular.
- Para que la clorpromacina pueda absorberse mejor será conveniente al comienzo del tratamiento iniciar con dosis mayores con intervalos largos, para que una proporción mayor llegue a la circulación general, posterior a que se saturen los dispositivos enzimáticos a nivel del tubo gastrointestinal.
- Los psicofármacos se distribuyen fundamentalmente en los tejidos de perfusión lenta como es el cerebro y tejido graso, esta distribución es variable de un individuo a otro.
- La unión de los psicofármacos con proteínas plasmáticas disminuyen con la edad por lo tanto existe mayor circulación de droga libre con igualdad de dosis administrada cuanto mayor es la edad (interés en el anciano).

Efectos colaterales adversos o secundarios.

El reconocimiento de los probables efectos colaterales es tan importante como el reconocimiento de la acción terapéutica del medicamento. Los porcentajes varían de población a población; debemos aclarar que en nuestro medio las reacciones adversas se presentan con bastante frecuencia. Estos efectos son generalmente molestos, dependientes de la dosis del individuo, del psicofármaco, etc. Esto obliga a los profesionales a realizar un control más intenso de los enfermos, a cambiar de psicofármaco y a prescribir otro medicamento que impida los efectos colaterales. Esto es causa muchas veces de abandono de tratamiento por tanto es importante siempre tener presente estos efectos colaterales al iniciar el tratamiento.(ver capítulo anterior – reacción adversa)

Elementos importantes a tener en cuenta para evitar las reacciones adversas:

1. Intensidad excesiva de un efecto terapéutico.
2. Efecto farmacológico inherente al psicofármaco recetado.
3. Reacción alérgica por hipersensibilidad.
4. Reacción idiosincrásica.
5. Interacción con otros medicamentos.
 - a) por interferencias entre sustancias psicotrópicas,

ejemplo: los barbitúricos, los antiparkinsonianos disminuyen la concentración sanguínea de la clorpromacina.

- b) Potenciación de efectos adversos entre dos psicofármacos, ejemplo: los efectos anticolinérgicos de los neurolepticos pueden potenciar los de los antidepressivos.
- c) Interferencia de un psicofármaco con otro medicamento, la administración de antidepressivos tricíclicos antagonizan los efectos antihipertensivos.
- d) Un fármaco no psicotrópico puede interferir en la acción específica de un psicofármaco, ejemplo: los diuréticos suelen aumentar la toxicidad del carbonato de litio.

Tratamiento psicofarmacológico

Episodios psicóticos agudos.

Los neurolepticos constituyen el pilar principal del tratamiento de la mayoría de los cuadros delirantes. Su elección se hará sobre la base de:

1. Historia farmacológica del paciente, si existen antecedentes de utilización de neuroleptico, se elegirá el fármaco que previamente haya sido eficaz.
2. Efectos secundarios del neuroleptico. Se debe evaluar la sensibilidad del paciente a los efectos extrapiramidales, inducidos por los antipsicóticos. En enfermos con antecedentes de extrapiramidalismos intensos se tratará de evitar la administración de neurolepticos con potente acción antipsicótica.

Vamos a ofrecer a continuación una variedad de esquemas terapéuticos que ayudarán a un mejor manejo de estos episodios.

Una vez que se haya determinado que el estado de excitación psicomotriz corresponde a un trastorno psiquiátrico se determinará cuál o cuáles son los síntomas preponderantes y más perturbadores y por lo tanto los que con más urgencia se deben controlar.

En aquellos casos en los que predomine la sintomatología psicótica productiva delirante o alucinatoria se pueden utilizar neurolepticos incisivos del tipo de los Butirofenonas: el más actual es el haloperidol. Si el paciente colabora y la excitación no es muy intensa puede intentarse la vía oral. De lo contrario puede intentarse por vía intramuscular (5 mg) de haloperidol y en dosis entre 5 y 20 miligramos al día. Nosotros recomendamos esta vía en primera línea por su mayor eficacia y acción por un tiempo de 72 h. Una alternativa válida para disminuir los efectos adversos extrapiramidales es la administración con Benzodiazepinas; pueden utilizarse:

- Clonazepán 0,5-2 mg.
- Lorazepán – entre 1 y 2 mg.
- Diazepán – entre 5 y 20 mg combinados y no por separado.

En nuestro medio usaremos el diazepam que es el disponible en este momento y la vía de administración

puede ser intramuscular u oral.

Está demostrado que la combinación de neurolepticos y Benzodiazepinas es más eficaz que la aplicación de cada uno de ellos por separado. Esta combinación es recomendada para los casos de agitación intensa.

Una alternativa posible para pacientes excitados es el empleo de antipsicóticos sedativos como la levomepromacina y la clorpromacina.

La forma de administrar estos medicamentos varía en dependencia del cuadro clínico del paciente. En episodios agudos con gran agitación el esquema anterior (neuroleptico + Benzodiazepina) se puede utilizar cada 30 min. por vía intramuscular. La mayoría de los pacientes mejoran con la primera o segunda dosis.

Otra variante con neurolepticos sería la utilización de haloperidol de 10-20 mg al día que puede iniciarse inyectable y pasar posteriormente a vía oral. Existen autores que recomiendan la vía intramuscular por 72 horas y otros hasta siete días para pacientes que lo requieran, previa evaluación integral del enfermo.

La asociación de un antiparkinsoniano depende de las particularidades de cada quien y de las normas establecidas para el uso de dicho medicamento.

Un esquema clásico:

- Haloperidol 10-20 mg / día
- Clorpromacina 100-300 mg/ día
- Levomepromacina 50 mg/ noche.

A pesar de esta combinación sigue vigente el criterio de la oligofarmacología y es útil el esquema presentado pues se emplea el perfil ansiolítico e hipnótico de la clorpromacina y la levomepromacina respectivamente. Tener siempre en cuenta que en este esquema se suman los efectos extrapiramidales de los tres psicofármacos.

Otros neurolepticos utilizados en nuestro medio son la trifluoperacina 5-15 mg/ día y la tioridazina 200-300 mg /día.

La clorpromacina además de oral en los casos sobreagudos se utiliza intramuscular fundamentalmente en el paciente con alteración de conducta.

Tenemos experiencias en nuestro servicio de utilizar hasta 225 mg/ día intramuscular fraccionados en tres dosis en 24 horas. Además la utilización de antihistamínicos combinados con neuroleptico y Benzodiazepina.

En un cuadro de agitación correspondiente a una crisis maniaca se puede agregar a los neurolepticos, sedativos como carbamazepina de 200-800 mg/ día y/o carbonato de Litio de 300 a 900 mg/día, según la litemia (1 meq/1).

En nuestro medio también se utiliza la flufenacina (2,5-10 /día) En general recomendamos iniciar el tratamiento por vía intramuscular, continuar con la vía oral acorde a los esquemas expuestos y teniendo en cuenta la individualidad de paciente.

En el mundo existe actualmente una serie de drogas clasificadas como neurolépticos atípicos: Clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, sertindol, siprasidona, de los cuales no disponemos en el mercado nacional.

Como complemento de la medicación con psicofármacos en los casos de agitación extrema se puede utilizar la restricción del paciente como medida de apoyo para facilitar el tratamiento.

Recordar:

- Que en los ancianos las dosis deben ser 50 % menor que las habituales.
- Evitar la administración de Benzodiazepinas, para prevenir reacciones paradójicas.

Cuando los recursos terapéuticos no han sido efectivos en el tratamiento de los episodios psicóticos agudos, está indicado el tratamiento electroconvulsivante en la que tenemos una amplia experiencia en su uso ambulatorio.

El esquema utilizado ha sido similar al de los pacientes hospitalizados sin complicaciones y con muy buenos resultados. Las coordinaciones se realizan desde el Centro Comunitario con el servicio de agudo.

Efectos extrapiramidales:

Dada la frecuencia de los efectos extrapiramidales agudos entre los pacientes que reciben antipsicóticos se puede considerar el uso profiláctico de los agentes antiparkinsonianos. En nuestro medio el más utilizado es el triexhifenidilo (2 mg) (parkisonil), esta conducta se debe dejar siempre para pacientes conocidos con alta sensibilidad al antipsicótico con una dosis de 6 mg/día dividida en tres dosis.

Otro modelo terapéutico que es muy utilizado es la combinación del antipsicótico con Benzodiazepinas como el Diazepam (5 mg) vía oral o intramuscular en dependencia de la administración del antipsicótico. Utilizando una dosis moderada de 20 mg/día , vía oral o 40 mg/día vía intramuscular fraccionada en cuatro dosis en ambos casos. Además combinamos con antihistamínicos como la difenhidramina (25 mg) vía oral y ampulas de (20 mg) en dosis de (75 mg) y (60 mg) respectivamente ofreciéndoselo en tres tomas al día.

Una vez que hayan desaparecido los efectos extrapiramidales agudos se recomienda, en dependencia del tipo de reacción, en algunos casos la disminución de la dosis de antipsicótico o la suspensión del neuroléptico como es en el caso del síndrome neuroléptico maligno, las drogas que recomendamos como profilácticas en los párrafos anteriores bajo estas circunstancias están indicadas. La dosificación de las drogas se evaluará de acuerdo al paciente y a la intensidad de la reacción.

En cuanto al síndrome neuroléptico maligno o hipertermia maligna por neurolépticos la conducta es la remisión al nivel secundario porque la gravedad del cuadro no permite el abordaje domiciliario.

En general en un síndrome extrapiramidal se deberá intentar:

1. Una reducción de la dosis neuroléptica.
2. Utilizar anticolinérgico natural (atropina disponible en nuestro medio) y anticolinérgico sintético; triexhifenidilo (disponible).
 - a) Biperideno
 - b) Cicrimina
 - c) Orfenadrina
 - d) Prociclidina
3. Agregar benzodiazepina, diazepam, o agonista dopaminérgico (amantadinanivel secundario).
4. Si estos últimos fracasan se impone la sustitución del neuroléptico utilizado por otro que pertenezca a un grupo diferente.

Ataque de ansiedad

Estos episodios son motivo de consultas frecuentes en la población y en muchas ocasiones constituyen la causa de la primera consulta. La forma más grave de ansiedad es el ataque de pánico que será expuesto de manera separada. A este tipo de paciente se le brindará seguridad y un espacio donde se le podrá ofrecer relajación para reducir la ansiedad aguda. Se utilizarán los ansiolíticos, es conveniente el uso de Benzodiazepinas de alta potencia (Clorazepam y alprazolám) no disponibles en nuestro medio.

En nuestro medio lo más utilizado por su disponibilidad es el Diazepam (10 mg) vía intramuscular y puede ser combinado con antihistamínicos como la benadrilina (20mg). Puede ser hasta (40 mg) de diazepam subdivididos en cuatro dosis y (80 mg) de benadrilina.

El seguimiento posterior a la crisis aguda se continúa por la vía oral con clordiazepóxido, medazepam (10 mg), diazepam (5 mg) y trifluoperacina de (1 mg). A pesar de ser un neuroléptico se utiliza también en los trastornos de ansiedad.

Puede estar acompañado este cuadro psicopatológico de ansiedad, de depresión, lo que implicaría variar las estrategias terapéuticas. Hay que diferenciar cuál es el trastorno primario y establecer una orientación diagnóstica que nos facilitará tomar las medidas psicofarmacológicas correspondientes, en caso de existir ambos síntomas se combinarán los ansiolíticos con antidepresivos (ver conducta suicida).

Además del tratamiento psicofarmacológico en el seguimiento de estas urgencias es muy importante el tratamiento psicoterapéutico.

Trastorno de pánico.

Tratamiento psicofarmacológico: Este debe ser en el nivel primario, fundamentalmente por la forma de aparición y tiempo de duración.

Las drogas de elección son las Benzodiazepinas de alta potencia como el clonazepam y el alprazolán no disponibles en nuestro medio. Existen autores que plantean la utilización de estos y otros. Utilizan y abogan por los antidepresivos (único) del ataque de pánico.

Quizás la efectividad, más que un problema químico, sea un problema de dosificación y aun más de las características individuales de cada sujeto.

En el mundo actual existen múltiples esquemas terapéuticos para el trastorno de pánico, pero nosotros recomendamos la utilización de las Benzodiazepinas disponibles en nuestro medio y en una dosis más elevada que en una crisis de ansiedad de menor intensidad.

El seguimiento es similar al de la crisis de ansiedad por la vía oral y el abordaje psicoterapéutico correspondiente.

Trastorno somatoformes. Trastorno disociativo (conversivo).

La intervención del profesional debe estar dirigido a lograr, más allá de la remisión sintomatológica de la urgencia, que el paciente pueda acudir a un tratamiento psicoterapéutico para solucionar su problema de base. En la situación de urgencia es conveniente aislar el paciente o acompañantes eventuales y tratar de lograr una aproximación empática con el primero. El método debe ser el abordaje del paciente en su complejidad histórico-vivencial que permitirá explorar y analizar los conflictos que originan los síntomas como un efecto más duradero. Esto significa realizar una adecuada entrevista donde sería importante conocer la existencia de algún evento vital que haya desencadenado tal sintomatología.

Si el cuadro se presenta con algún grado de agitación o angustia se pueden utilizar psicofármacos del tipo de los tranquilizantes como las Benzodiazepinas (diazepán 5 mg-10 mg) vía oral o intramuscular.

Nosotros recomendamos también la utilización de clorpromacina (50 mg) intramuscular para yugular la excitación. También si son más severas las manifestaciones psicopatológicas se puede administrar levomepromacina (25 mg) por vía oral en dosis diarias de 100 mg en cuatro tomas.

Conducta suicida

Realmente en la conducta suicida, más que la utilización o administración de psicofármacos, la acción preventiva es lo más importante.

En el capítulo anterior nosotros comentamos acerca de varios aspectos que se deben tomar en consideración, principalmente a nivel comunitario y que son útiles en el manejo de esta compleja situación. De todas maneras respecto a las terapéuticas del fenómeno suicida es importante observar:

1. La "crisis suicida" es de breve duración: horas o hasta algunos días. Una persona puede tener una conducta autodestructiva crónica pero el período de alta letalidad dura un corto tiempo. En esta situación, puede ser ayudado a salir de la crisis o morir. Ante un fenómeno de estas características es muy limitado el tiempo de que se dispone para intervenir por lo que el especialista o quien interviene en esa ayuda debe conocer al paciente con estas características antes

que se presente la crisis suicida para poder intervenir.

2. La ambivalencia está siempre presente en un gran número de pacientes: existen deseos de muerte que aparecen unidos a fantasías de salvación. En estos casos es conveniente buscar una alianza terapéutica, esto no es convencer al paciente de la inutilidad del suicidio sino ofrecer la posibilidad de tratar sus problemas brindándole apoyo para enfrentarlos; esto debemos hacerlo utilizando la totalidad de deseos de vivir que aún persiste en este tipo de paciente, más concreto las motivaciones que todavía presenten.
3. En este tipo de situaciones casi siempre existe otra persona, que puede ser un familiar, una persona cercana o importante para él; con ellas es conveniente tener un contacto directo y evaluar si son continentes o si participan de la génesis de la conducta suicida

Como habíamos expresado anteriormente , prevenir es primordial en la conducta suicida, pero este fenómeno está acompañado o desencadenado por un cortejo psicopatológico que además del manejo de la situación del paciente es necesario una serie de medidas como el acompañamiento o cuidado del paciente por los familiares dentro de su medio. (cuando sea posible esta alternativa y no requiera internamiento).

Con las condiciones favorables para el seguimiento en su hogar se debe explicar al paciente, en dependencia de su capacidad para entenderlo:

- La necesidad de no permanecer solo o aislado.
- De ser posible no suspender sus actividades sociales sin exigirle elevada efectividad en las mismas.
- Ofrecer la información necesaria sobre sus síntomas o enfermedad.
- La posibilidad de tratamiento de la misma.
- Conocer que los profesionales que lo tratan dominan este tipo de problemática.

En esta situación la participación del terapeuta debe ser muy activa.

En cuanto a la utilización de drogas esto estará sujeto al cuadro clínico de cada paciente, que pueden ser trastornos neuróticos (con más frecuencias depresiones), trastornos psicóticos e incluso alteraciones de la conducta acentuada en pacientes sin diagnóstico de afección psiquiátrica (en el eje uno) pero sí trastornos del desarrollo (personalidad, inteligencia).

Recordar siempre que si el intento suicida fue por psicofármacos debe evitarse su indicación en los primeros días. Si se utilizan antidepresivos se deben tener en cuenta sus efectos desinhibidores y el tiempo de comienzo de su acción.

Recomendar el medicamento de menos toxicidad intrínseca.

El cuidado y administración de las drogas debe ser por la persona encargada del cuidado del paciente.

Se indicará retirar los objetos peligrosos del alcance del

paciente y finalmente, si con las indicaciones anteriores el cuadro no mejora y persisten las ideas suicidas en aquellos pacientes con medio familiar adecuado, recomendamos la terapia electroconvulsivante ambulatoria con frecuencia diaria y cantidad en

dependencia de evaluación, la medicación rígida por los requerimientos preestablecidos (complementarios, estado físico, aprobación familiar). El seguimiento se hará como establece el programa nacional.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Moizeszowics J. Psicofarmacología y Psicodinámica III. Nuevos enfoques clínicos terapéuticos. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1994.p. 693-703.
2. Marchar N F. Trastorno de ansiedad. Asoc Argentina de Psiquiatría 1995; (2): 11-15.
3. Herz Marvin I. Guías para el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Asoc American Psiquiatría 1997; 6(5): 2-13.
4. Harold A, Pincus M. Algoritmo de la ansiedad. En: DSM-IV. Atención Primaria. Barcelona: Editorial MASSON; 1997.p. 50-58.(Manual de psiquiatría)
5. Allen Frances MD. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Editorial MASSON; 1995.p. 279-322.
6. López JB. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes. En: Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1994.p. 70-88.
7. Anderson D, Ahmed A. Treatment of patients with intractable obsessive-compulsive disorder with anterior capsular stimulation. J Neurosurg 2003;98(5):1104-8.
8. Canterbury RJ. Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder. J Neurosurg 2003;98(5):941-2
9. Petrovic M, Mariman A, Warie H, Afschrift M, Pevernagie DS. There a rationale for prescription of benzodiazepines in the elderly?. Acta Clin Belg 2003 ;58(1):27-36.
10. Morgan H, Blashki G. Fits, faints and funny turns. Could it be a mental disorder? Aust Fam Physician 2003 ;32(4):211-3, 216-9.
11. Read J, Ross CA. Psychological trauma and psychosis: another reason why people diagnosed schizophrenic must be offered psychological therapies. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry 2003 ;31(1):247-68.
12. Kersting A, Fisch S, Arolt V. Outpatient psychotherapy for mothers--a new treatment. Arch Women Ment Health 2003 ;6(1):65-9.
13. Ross LE, Gilbert Evans SE, Sellers EM, Romach MK. Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. Arch Women Ment Health 2003;6(1):51-7.
14. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Robinson K. Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. Arch Women Ment Health 2003;6(1):43- 9.
15. Christensen TB, Onstad S. Compulsory medical treatment in an emergency psychiatric department. Tidsskr Nor Laegeforen 2003 ;123(7):921-4.
16. Gjelstad K, Lovdahl H, Ruud T, Friis S. Compulsory admissions for observation in emergency psychiatric departments--discharge next day?. Tidsskr Nor Laegeforen 2003 ;123(7):917-20.
17. Jensen LA. Managing acute psychotic disorders in an emergency department. Nurs Clin North Am 2003 ;38(1):45-54.
18. Bola JR, Mosher LR. Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria project. J Nerv Ment Dis 2003;191(4):219-29
19. Hughes DH, Kleespies PM. Treating aggression in the psychiatric emergency service. J Clin Psychiatry 2003;64 Suppl 4:10-5.
20. Pullen IM, Nisbet E. A second survey of Scottish emergency psychiatry. Health Bull 2001 ;59(4):228-32.
21. Callaghan P, Eales S, Coates T, Bowers L. A review of research on the structure, process and outcome of liaison mental health services. J Psychiatr Ment Health Nurs 2003 ;10(2):155-65
22. Patry L, Guillem E, Pontonnier F, Ferreri M. Catatonia de novo, report on a case: immediate vital prognosis and psychiatric prognosis in longer term. Encephale 2003 ;29:72-9.
23. Catalano R, McConnell W, Forster P, McFarland B, Thornton D. Psychiatric emergency services and the system of care. Psychiatr Serv 2003 ;54(3):351- 5.
24. Copersino ML, Serper M, Allen MH. Emergency psychiatry: rapid screening for cognitive impairment in the psychiatric emergency service: II. A flexible test strategy. Psychiatr Serv 2003 ;54(3):314-6.
25. Giampieri E, Ratti A, Beretta A, Mattavelli C, Ferrarini E, Pruneri C, Carta I. Determinations of hospitalization from psychiatric ER from S. Gerardo hospital in Monza: epidemiological cross-sectional study. Epidemiol Psichiatr Soc

2002;11(4):266-76.

26. Spurrell M, Hatfield B, Perry A.Characteristics of patients presenting for emergency psychiatric assessment at an English hospital. Psychiatr Serv 2003 ;54(2):240-5.
27. Bennett S, Coggan C, Hooper R, Lovell C, Adams P.Presentations by youth to Auckland emergency departments following a suicide attempt. Int J Ment Health Nurs 2002 ;11(3):144-53.
28. Bateman A, Fonagy P. Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. Am J Psychiatry 2003 ;160(1):169-71
29. Bulgena A. Trastornos bipolares y esquizoafectivos. En: Vallejos J. Introducción a la sicopatología y a la psiquiatría. Barcelona: Salvat Editores; 1991.p.482-507.
30. González Torrec JL.Análisis de la demanda de un centro de salud mental privado en la Comunidad Autónoma Aragonesa. Psiquiatría Biología 1997; 4 (2); 97.
31. Weissman MM. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. New Engl J Med 1989;321:1209-14.
32. Brown A. Dopamine and depression. J Neural (Gensect) 1998;91:75-109.
33. Goodnick P. Bupropion and Fluoxetine in depression subtype. Ann Clin Psychiatry 1989; 1:119-22.
34. Henry C, Van den Bulke D, Bellivier F, Etain B, Rouillon F, Leboyer M. Anxiety disorders in 318 bipolar patients: prevalence and impact on illness severity and response to mood stabilizer. J Clin Psychiatry 2003;64(3):331- 5.